Rok XLVII. Kraków, dnia 10. października 1908. Nr 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich
polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiell. pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego.

Niezwykły przypadek piorunującej plamicy krwotocznej u osoby dorosłej.

Podał

Dr Władysław Kluger.

Nazwą *purpura fulminans* (plamica piorunująca) określił Henoch (1) w r. 1887 takie przypadki plamicy krwotocznej u dzieci, w których wybroczyny ograniczając się wyłącznie do skóry, rozszerzają się szybko ze skłonnością do wytwarzania pęcherzy, ale bez przyłączenia się zgorzeli i gdzie sprawa wiedzie w krótkim czasie do zejścia śmiertelnego.

Pojęcie plamicy piorunującej typu Henocha wyłącza zatem całkowicie obecność wybroczyn na błonach śluzowych, a przy sekcyi nie znajduje się ich również na błonach surowiczych. Riesel (2) opisując przypadek taki z kliniki dziecięcej w Lipsku, zestawia 12 dotychczas opisanych przypadków plamicy piorunującej, odpowiadających ściśle typowi Henocha. Spotykamy jednak w piśmiennictwie przypadki plamicy, zasługujące ze względu na przebieg, w całej pełni na nazwę: piorunujących, a różniących się od typu Henocha tem, że obok zmian skórnych występują obfite wybroczyny na błonach śluzowych, lub też krwawienia z narządów. W dostępnem mi (częściowo tylko w streszczeniach) piśmiennictwie znalazłem niewielką liczbę opisanych tego rodzaju przypadków, z nich uważam za rzeczywistą plamicę krwotoczną piorunującą przypadki: Littena (3), Zitekego (4), Kurkowskiego (5), Peszyńskiego (6), Burth Smitha (7), Nehrkorna (8), Bissa (9) i Grünbergera (10). Przypadek Simona (11) opisany jako plamica, sprawia raczej wrażenie krwawiączki (*haemophilia*).

Z powyższego zestawienia wynika, że plamica piorunująca jakiegokolwiek typu należy do rzadkich zjawisk klinicznych. Dlatego też, za zachętą Prof. Jaworskiego, postanowiłem opisać przypadek plamicy piorunującej, który miałem sposobność spostrzegać w b. r. w klinice lekarskiej krakowskiej, tem więcej, że jest on z kilku względów niezwykły. Przebieg przypadku tego był następujący:

W dniu 8. lutego b. r. zgłosiła się około 10 rano do ambulatoryum klinicznego Katarzyna K., l. 22 (L. dz. 185), zamężna, zamieszkała na Krowodrzy, podając za przyczynę przybycia: nagłe pojawienie się »krwawych króst« na wardze i wewnątrz jamy ustnej, oraz plam ciemnych na skórze. Ściślejsze wywiady stwierdziły: Chora pochodzi z rodziny zdrowej i miała nigdy dotąd nie chorować. Na pytania w kierunku krwawiączki, odnoszące się tak do niej samej, jak i do jej rodziny, odpowiada przecząco. Rodziła raz jeden, w październiku 1907, prawidłowo; nie roniła. Z początkiem ubiegłego tygodnia zachorowała na ból gardła, połączony z dreszczami, gorączką i silnymi potami. Ból ten, największy przy połykaniu, trwał 3 dni i minął bez leczenia. W półtora dnia po ustąpieniu bolu gardła, t. j. w piątek 7. lutego popołudniu, zauważyła chora w lewym kąciku ust, na wardze dolnej czarniawą krostkę, a równocześnie krwawy guzek na dziąśle jednego z zębów trzonowych lewych. Wieczór tego dnia czuła się zupełnie zdrową, zauważyła jedynie, że na języku zrobiła jej się krosta podobna do tej, którą miała na wardze, a która szybko się powiększała. W nocy chora spała, rano przekonała się jednak, że w jamie ustnej, dalej na i pod językiem powstała znaczna ilość plam i krwawych guzków różnej wielkości. W ciągu nocy pojawiły się również krwawe plamy na skórze kończyn górnych, dolnych i piersi. Plam tych wieczorem podobno jeszcze nie było. Wkrótce zaczęła chora obficie odpluwać krwawą ślinę. Ponieważ ilość guzków w jamie ustnej zwiększała się wprost z godziny na godzinę, zgłosiła się chora do kliniki. Dolegliwości nie ma żadnych, czuje się tylko nieco osłabioną. Chora karmi obecnie w 6-tym miesiącu, z końcem stycznia miesiączka średnio-obfita, niebolesna, 4 dni trwająca.

Badanie stwierdza: Kobieta dobrze zbudowana i odżywiona, zachowanie się prawidłowe, mowa nieco utrudniona, lekko sepleniąca. Na skórze uwłosionej części głowy, klatki piersiowej, brzucha, grzbietu, obu kończyn górnych i dolnych, rozsiane częściowo plamki, częściowo zaś pęcherzyki krwawe, barwy od ciemno-czerwonej do czarnej, nie zlewające się. Plamki pod naciskiem palca nie giną. Wybroczyny te najobfitsze są na skórze piersi, brzucha i obu ud. Na stronie grzbietowej prawego palca wskazującego krwawy pęcherzyk wielkości grochu. Kościec prawidłowo rozwinięty, bez śladów przebytej krzywicy, kości nie bolesne. Stawy nieobrzękłe, niebolesne, prawidłowo ruchome, mięśnie nie naciekłe i również niebolesne. Twarz blada, z lekko woskowym odcieniem, w okolicy prawego, wewnętrznego kąta ocznego plamka krwawa. Na skórze obu powiek, dalej pod spojówką gałkową obu oczu, od dołu i zewnątrz, ciemne, prawie czarne plamy wybroczynowe. Wargi blade, w lewym kąciku ust na wardze dolnej guz czarno-siny, o nierównej grzybiastej powierzchni, broczący, wielkości fasoli. Dziąsła nie obrzękłe, górne zaczerwienione, dolne blade. Na błonie śluzowej jamy ustnej i na dziąsłach rozsiane mnóstwo wybroczyn. Podniebienie, łuki, tylna ściana gardła i nieco powiększone migdałki pokryte licznemi drobnemi wybroczynami. Na języku trzy czerwono-czarne, gładkie, owalne, tuż obok siebie położone bąble, każdy z nich wielkości grochu. Gruczoł tarczowy nie okazuje zmian. Sutki powiększone, za naciskiem wydobywa się z nich obficie mleko, zresztą prawidłowe. Gruczoły karkowe macalne, drobne, niebolesne. Po lewej stronie szyi już oglądaniem stwierdza się guz wrzecionowaty, wypuklający przed sobą skórę; przy obmacywaniu okazuje się, że guz ten jest pakietem powiększonych, twardych, niebolesnych gruczołów. Chora twierdzi stanowczo, że guz ten ma jeszcze z lat dziecięcych. Gruczoły podszczękowe obustronnie macalne, bolesne, wielkości orzechów laskowych. Płuca bez zmian. Granice serca przy opu-

kiwaniu — prawidłowe; osłuchując, stwierdza się wszędzie dwa czyste tony. Drugi ton nad tętnicą główną głośniejszy. Wątrobę wyczuwa się jako opór w podżebrzu prawem, śledziona przy opukiwaniu niepowiększona, niemacalna. Inne narządy wewnętrzne przy badaniu fizycznem nie okazują zmian.

Ciepłota 37,1°. Tętno równe, miarowe, dość dobrze napięte. L. t. 100. L. odd. 20.

Chorą położono natychmiast do łóżka. Wewnętrznie *Extr. fluid. hydrast. canad.*, żelatyna 5%, i lód. Do płukania ust: *Liquor ferri sesquichlor.* (2:1000). Dyeta płynna.

Przystąpiono do badania krwi. Po nakłuciu palca chorej wypływa obficie krew blado-czerwona, jakby nieco wodnista, bardzo trudno krzepnąca tak, że po miejscowem zastosowaniu adrenaliny (1:1000) ranka dopiero w pół godziny przestała broczyć. Barwa krwinek czerwonych bledsza, tworzenie się rulonów nieco upośledzone, poikilocytów brak. Liczba krwinek czerwonych: 2,400,000, k. białych: 13,400. 49% hemoglobiny (hemoglobinometrem Goversa).

Preparaty barwione (Jenner). Polichromatofilii niema, również brak: erytroblastów, poikilocytów, makro- i mikrocytów. Krwinki białe:

neutrofilów wielojądrzastych	78%,
limfocytów dużych	8%,
limfocytów małych	10%,
eozynochłonnych	2%,
komórek tucznych	1%,
komórek przejściowych . .	1%,
myelocytów	0.

Krew chorej zaszczepiono natychmiast na bulion.

Mocz: winowo-żółty, kwaśny, o cięż. właśc. 1029, zawiera ślad białka. Krwi nie ma. Cukier 0. Odczyn dwuazowy 0. Indykan: zaznaczony. W osadzie: nabłonki płaskie, nieliczne ciałka wysiękowe. Wkrótce po przyjęciu do kliniki oddała chora obfity, nieuformowany, k r w a w y stolec. Pod drobnowidem: bardzo liczne krwinki czerwone.

W 2 godziny po przyjściu chorej można było już stwierdzić, z jaką szybkością tworzyły się w całej jamie ustnej i w gardle krwawe bąble. Chora odpluwa dużo ciemnej krwi. Połykanie pokarmów stałych niemożliwe, przy usiłowaniu połknięcia n. p. kawałka mięsa, napływa natychmiast obficie krew.

W ciągu popołudnia i wieczora ilość wybroczyn w ustach, na języku i w gardle wzrasta nieustannie. Zresztą chora czuje się dość silną, mowa wyraźnie szepleniąca. O 5. popołudniu ciepłota 37,6°, tętno dość dobrze napięte, równe, l. t. 102.

9. lutego: W nocy chora spała. Rano ciepłota prawidłowa. Wargi stały się grube, obrzękłe, silnie wysadzone ku przodowi, barwy sinej. W prawym kącie ust nowy krwawy bąbel, wielkości małego orzecha laskowego. Wybroczyny na powiekach powiększyły się, na udzie i goleni prawej świeże podskórne wybroczyny, wielkości dłoni. Około południa pojawił się wyciek krwawy z lewego ucha i z nosa. Zmian w narządach wewnętrznych nie można stwierdzić. Jedynie tony serca stały się głuchsze, szmeru nie słychać. Śledziona w granicach prawidłowych, niemacalna. Ciepłota: o godz. 1. w poł. 37,4° o godz. 3 — 38°, o 5 — 38,5°, o 9 — 37,7°.

W moczu krwi nie ma. Szczepienie krwi na bulion dało wynik zupełnie ujemny.

10. lutego: W nocy z 9. na 10. lutego pojawił się olbrzymi obrzęk obu policzków i podbródka. Na prawym policzku rozlany, ciemny siniec, wielkości dłoni, takiż sam siniec na podbródku. Pod lewem okiem guz krwawy, wielkości korony, wypuklający się. Wargi sine, zgrubiałe, pokryte krwawiącymi bąblami. Usta stale otwarte, cieknie z nich bezustannie ciemna krew, zmieszana ze śliną. Wnętrze ust przedstawia się poprostu jako jama jednolicie czarno-krwawa, wypełniona masą płynnej i skrzepłej krwi. Język w całości znacznie powiększony (prawdopodobnie wskutek głębokich wybroczyn śródmiąższowych), ma postać grubej, sinej kluski, pokryty jest czarnymi, grzybiastymi bąblami i tkwi nieruchomo w ustach. Gardło, o ile dojrzeć można, stanowi również krwawą, obrzękłą, broczącą jamę. Chora przytomna, nie może mówić, wydaje jedynie nieartykułowane dźwięki z gardła. Z ust czuć niemiłą, nieco cuchnącą woń. Tony serca ciche, głuche. Tętno szybkie, drobne, słabo napięte. L. t. 120. Płuca bez zmian. Śledziona niepowiększona. Ciepłota o g. 7 rano 37,5°, o 3 pop. doszła do 38°. Zastosowano przestrzykiwanie jamy ustnej sześciochlorkiem żelaza $^{2}/_{1000}$, oraz lewatywy z żelatyny 20%. W południe połknęła chora z trudem nieco zimnego mleka. Wkrótce potem obfity, krwawy stolec. W moczu krwi niema, utrzymuje się jedynie ślad białka. Nie stwierdzono również krwawienia z części rodnych.

Popołudniu wytworzył się obrzęk znaczny szyi, koło prawego ucha powstał guz krwawy, wielkości orzecha włoskiego. Ponowiło się znów silniejsze krwawienie z nosa. Pod wieczór obrzęk twarzy i szyi zaczął się zwiększać i przybierać barwę czarno-żółtawą. Obrzęk prawej powieki doszedł do tego stopnia, że chora okiem prawem widzieć przestała. Wieczorem około 9 stan był następujący: Cała twarz wraz z szyją tworzy sino-czarną bryłę, z ust i nosa spływa krew. Ciepłota 37,5°. Tętno nitkowate, l. t. 140. Chora przytomna, nie może się poruszać. Podano kofeinę (2:200).

11. lutego: Rano ciepłota 36,7°. Chora czuje się trochę lepiej, z trudem nieco bełkocze. Z ust spływają obfite skrzepy ciemnej krwi. Na kończynach dolnych liczne, miejscami zlewające się plamy krwawe, dochodzące wielkości dłoni. Na spojówkach ślad żółtaczki. W południe ciepłota 38°. Tętno nitkowate, szybkie, nie dające się policzyć. Badanie moczu niemożliwe, gdyż chora oddaje go pod siebie. Popołudniu stan p o g o r s z y ł s i ę. Chora nawet płynów nie może już połykać. Ciepłota o godz. 3 37,5°. Tętno ledwo wyczuwalne. Ku wieczorowi popadła chora w śpiączkę. O 7 godz. ciepłota 36,7°. O godz. 1 w nocy wśród śpiączki nastąpiła śmierć.

Rozpoznanie kliniczne brzmiało: *Purpura haemorrhagica fulminans.*

Protokół sekcyi (N. 110), wykonanej nazajutrz rano przez Prof. C i e c h a n o w s k i e g o w Zakładzie anatomii patol. U. J., opiewa w skróceniu, jak następuje:

Skóra zasiana nader licznemi wybroczynami różnej wielkości, począwszy od najdrobniejszych, wielkości główki szpilki, a dochodzących aż do wielkości dłoni dorosłego człowieka. Wybroczyny te są różnej barwy, od żywo-czerwonej do fioletowo-sinawej i leżą w różnej głębokości w skórze i tkance podskórnej. Miejsca, zajęte wybroczynami, nie wystają nigdzie nad powierzchnię skóry. Szczególnie duże podbiegnięcia krwawe, barwy sinawej, widać na dolnej części obu policzków, na podbródku i górnej części szyi. Prócz tego skóra nieznacznie żółtawo zabarwiona, na spojówkach ślad żółtaczki. Język powiększony, wklinowany między zęby. Tkanki na szyi prawie wszędzie krwawo podbiegnięte, podobnież znajduje się rozległe krwawe podbiegnięcie w samym miąższu języka i w częściach miękkich dna jamy ustnej. Na języku owrzodzeń nie widać. Gruczoły limfatyczne szyjne po obu stronach wybitnie p o w i ę k s z o n e, dość miękkie, soczyste, na przekroju przypominają obraz obrzęku rdzeniastego, są barwy pstrej, mianowicie: na białem tle rozrzucone plamy różowe aż do ciemno-czerwonych; tylko po stronie lewej kilka gruczołów twardszych, barwy szarawo-różowej.

Rozległe podbiegnięcia krwawe w całem gardle i przy wejściu do krtani; migdałki nieco powiększone, częściowo krwawo nacieklе. Na błonie śluzowej krtani i tchawicy, zresztą blado-różowej, plamy wybroczynowe. Wśród tkanki śródpiersia rozsiane wybroczyny i podbiegnięcia krwawe; gruczoły śródpiersia niepowiększone. Jamy opłucne próżne, zrostów nie ma. Opłucna zasiana bardzo licznemi plamami wybroczynowemi różnej wielkości. W płucach na przekroju widać wśród miąższu liczne plamy wybroczynowe, zwłaszcza w płucu lewem, zresztą miąższ blady, jędrny, powietrzny, w częściach przednich i górnych suchy, w dolnych i tylnych miernie obrzękły. Na błonie śluzowej oskrzeli, zresztą blado-różowej, mnogie plamy wybroczynowe, różnej wielkości. Gruczoły oskrzelowe nie powiększone, miernej zbitości, zabarwione szarawo od pyłu węglowego, ognisk gruźliczych gołem okiem widzialnych nie zawierają.

Worek osierdziowy zawiera łyżkę cieczy surowiczej, żółtawej. Osierdzie i nasierdzie zasiane mnóstwem plam wybroczynowych. Serce wielkości prawidłowej. Mięsień sercowy jędrny, o prawidłowym połysku, brunatno-czerwony, zasiany mnogiemi wybroczynami. Komórki i przedsionki o ścianach prawidłowej grubości, zawierają nieco ciemnych skrzepów pośmiertnych. Pod wsierdziem ściennem w obu komorach dość liczne plamy wybroczynowe różnej wielkości, zresztą wsierdzie ścienne i zastawki bez zmian. Tętnica główna wybitnie wązka, o cienkich ścianach, błona wewnętrzna gładka.

Jama brzuszna cieczy wolnej nie zawiera. Otrzewna ścienna i jelitowa zasiana mnogiemi wybroczynowemi plamami. Śledziona nie powiększona, wiotka, o torebce cienkiej, pomarszczonej, miąższ blado-różowy, zbitości prawidłowej, wśród niego widać

wyraźnie szarawe grudki śledzionowe. Nerki: zbitość nieco zwiększona, lewa nerka wielkości prawidłowej, prawa nieco zmniejszona. Torebka nerek cienka, łatwo daje się oddzielić. Powierzchnia obu nerek barwy blado-żółtawej, na niej bardzo nieliczne punktowate wybroczyny. Powierzchnia lewej nerki gładka, na powierzchni nerki prawej widać nieregularne, płytkie zagłębienia, barwy białawej, kora nerki tej w tych miejscach trochę zwężona. Rysunek nerek na przekroju zresztą wogóle utrzymany. Kora barwy żółtawej, substancya rdzenna różowej. Nadnercza bez zmian. Wśród miąższu trzustki nieliczne, drobne wybroczyny, zresztą w trzustce zmian niema. Na powierzchni wątroby nieliczne punktowate wybroczyny; barwa miąższu wątroby szarawo-żółta; zresztą wątroba zmian nie przedstawia. Na błonie śluzowej przełyku i żołądka mnóstwo płaskich plam wybroczynowych wielkości grochu. Na bladej zresztą błonie śluzowej jelita cienkiego gdzieniegdzie niezbyt liczne, drobne plamy wybroczynowe; w dolnej części jelita biodrowego jedna plama, zajmująca całą błonę śluzową ponad zastawką Bauhina na długości około 15 cm. Kępy i grudki chłonne niepowiększone. Jelito grube zawiera grudki krwawo-czarnego kału i treść mazistą, krwawo-czarną, niezbyt obfitą. Z wyjątkiem kątnicy jest błona śluzowa w całem jelicie grubem gładka i blada. Natomiast w kątnicy znajdują się 3 plamy wybroczynowe, nieregularne, każda z nich wielkości pięciokoronówki; w środku tych plam znajdują się guzki półokrągłe, wielkości mniejwięcej grochu, usadowione w błonie podśluzowej, a wypuklające śluzową. Guzki te na przekroju miękkie, różowo-czerwone, w samym tylko środku bledsze, żółtawe, wyglądają jakgdyby znacznie powiększone grudki limfatyczne. Na powierzchni grupy tych guzków, znajdującej się na wewnętrznej ścianie kątnicy, widać płaskie, płytkie, nieregularne owrzodzenia, o dnie krwawo naciekłem. Gruczoły chłonne krezkowe wzdłuż jelita cienkiego, zwłaszcza biodrowego (aczkolwiek nie wszystkie), oraz gruczoły zaotrzewne, zwłaszcza górne, i gruczoły w sąsiedztwie odźwiernika znacznie powiększone, miękkie, soczyste, na przekroju rdzeniaste, barwy pstrej: na tle białem widać w nich plamy różowe, aż do wybroczynowych. Na błonie śluzowej pęcherza mnogie plamy wybroczynowe. Macica nieco większa, mięsień jej bez zmian, na błonie śluzowej mnogie, płaskie plamki wybroczynowe. W lewym jajniku ognisko wybroczynowe wielkości orzecha laskowego, prawy jajnik i jajowody bez zmian. W mięśniach tułowia i kończyn wybroczyn nie znaleziono. Szpik kostny w kości udowej w dolnej części tłuszczowy, w górnej różowy, dość soczysty, na pograniczu obu tych części wyspy różowe wśród szpiku tłuszczowego. Mózgu nie sekcyonowano.

Pośmiertne drobnowidowe badanie krwi nie stwierdziło w niej zmian. Drobnowidowe badanie narządów, wykonane przez Prof. Ciechanowskiego, stwierdziło w nerce prawej wyraźny obraz zmian zapalnych przewlekłych. W powiększonych gruczołach limfatycznych: szyjnych, zaotrzewnych, z okolicy żołądka i krezkowych, znaleziono mnogie, świeże, niezserowaciałe gruzełki. W miąższu wątroby zrzadka rozrzucone gruzełki prosowate. W środku guzków krwotocznych kątnicy stwierdzono również gniazda typowych gruzełków, naokoło nich w błonie podśluzowej rozległe wybroczyny.

Rozpoznanie anatomiczne opiewało: *Purpura haemorrhagica. Nephritis chronica. Tuberculosis glandularum lymphaticarum colli, mesaraicarum, retroperitonaealium, intestini coeci, tuberculosis miliaris hepatis.*

Pytanie teraz, czy w opisanym przypadku istniała rzeczywiście plamica krwotoczna?

Trudne do zatamowania krwawienie z ukłutego palca przemawiało za znacznie zmniejszoną krzepliwością krwi i mogło nasunąć przypuszczenie krwawiączki, gdyby nie wywiady, które ją najzupełniej wyłączyły. Jak wynika z pracy Tuora (12), zmniejszona, a nawet zniesiona krzepliwość krwi ma być zdaniem niektórych autorów (ostatnio Hochheimera) stałem zjawiskiem przy plamicy. Natomiast część autorów jest wprost przeciwnego zdania, twierdząc, że krzepliwość w plamicy jest wzmożona, wedle innych wreszcie, ma ona być zupełnie prawidłowa. Dopóki więc sprawa ta nie zostanie rozstrzygnięta, należy jakiekolwiek wnioski ze stanu krzepliwości krwi przy plamicy co do samej choroby wysnuwać tylko bardzo ostrożnie. Ani początek, ani przebieg choroby, nie upoważniał do rozpoznania: ani krwawienia objawowego, powstającego niekiedy w przebiegu pewnych spraw zakaźnych, zatruć, białaczki i t. d., ani choroby wysypkowej o krwotocznym charakterze wysypki. Przeciwko gnilcowi *(scorbutus)* przemawiał zupełny brak zmian rozpadowych, owrzodzeń, tak na błonie śluzowej jamy ustnej i dziąseł, jak i na skórze, a obok tego dobre odżywienie chorej i niezłe warunki jej bytu. Mogła to być zatem wyłącznie jedna z pierwotnych skaz krwotocznych. Rozległość zmian, zwłaszcza na błonie śluzowej jamy ustnej i gardła, charakter ich i gwałtowność, z jaką się szerzyły, wyłączały: plamicę prostą *(purpura simplex)*, brak zajęcia stawów, — gośćcową *(p. rheumatica)*. Wobec tego, zważywszy cały obraz kliniczny przypadku, należało jedynie rozpoznać: plamicę krwotoczną *(p. haemorrhagica)*. Szybki i niezwykle gwałtowny przebieg choroby, zakończonej w piątym dniu śmiertelnie, nakazał przypadek ten określić mianem: plamicy krwotocznej piorunującej, pomimo tego, że obraz różnił się od klasycznego typu Henocha.

Przypadek opisany, sam przez się rzadki, rzadszym jest jeszcze z tego względu, że najpierwsze zmiany wystąpiły na błonie śluzowej wargi, dziąsła i języka, i to na tym ostatnim w niezwykłej postaci krwotocznych bąbli, a dalej, że jakkolwiek plamy wybroczynowe rozsiane były po całej powierzchni skóry, to jednak główne zmiany zajmowały twarz i szyję w postaci bardzo rozległych wybroczyn, oraz błonę śluzową jamy ustnej, gardło i język, w którym zmiany zajęły nietylko całą powierzchnię, ale i sam miąższ. Plamy wybroczynowe na skórze pojawiły się, jak chora stanowczo twierdziła, dopiero w kilka godzin po wystąpieniu zmian na błonie śluzowej, na co w przypadku tym zwracam uwagę, jako na objaw niezwykły.

Jak wiadomo, istota i pochodzenie plamicy krwotocznej jest tak, jak wogóle wszystkich plamic, dotychczas niewyjaśniona. Rozbiór wyników badań nad ostateczną przyczyną tych chorób nie wchodzi w zakres tej pracy. Muszę jednak zaznaczyć, że o ile chodzi o plamicę krwotoczną, to za najprawdopodobniejsze czynniki etyologiczne uważamy zakażenie lub zatrucie. Że w większości przypadków, zwłaszcza ostrych, mają one wielkie znaczenie, zdaje się nie ulegać wątpliwości, a zdaniem Littena (13), w plamicy piorunującej zakażenie jest zawsze niewątpliwem.

Opisano jednak przypadki plamicy krwotocznej, powstałej bezpośrednio po psychicznym wstrząsie (Bobricki, Lebreton (14), dla których wytłómaczenie znaleźć trudno, jakkolwiek w przypadku Lebretona wyhodowano z krwi gronkowce.

Ważne znaczenie ma tutaj bakteryologiczne badanie krwi, wyniki dotychczasowych badań w tym kierunku są jednak, jak stwierdza Nehrkorn (15), w plamicy bardzo niepewne. W każdym razie, nie znając istotnej przyczyny powstawania wybroczyn, nie możemy na pewne określić patogenetycznego związku pomiędzy domniemanym bodźcem, a objawami choroby i dlatego wszystko, co uważamy za etyologiczny czynnik w plamicy, leży jeszcze na razie w luźnej sferze przypuszczeń. Wynik badania krwi w naszym przypadku nie przedstawiał, po za leukocytozą nic, ze względu na patogenezę, pouczającego. Natomiast zwracają uwagę 4 okoliczności: Okres karmienia, w którym się chora

znajdowała podczas wybuchu plamicy, przebyte bezpośrednio przed początkiem choroby zapalenie (?) migdałków, oraz stwierdzone pośmiertne zmiany przewlekłe w nerkach i świeże zmiany gruźlicze w gruczołach limfatycznych, wątrobie i kątnicy.

Czy karmienie może mieć jakikolwiek wpływ na powstanie plamicy — nie wiadomo. Przynajmniej w dostępnem mi piśmiennictwie żadnej w tym kierunku wskazówki nie znalazłem; przypadek nasz jest, zdaje się, pierwszym śmiertelnym, spostrzeganym w okresie karmienia. Należy pamiętać, że chora na krótki czas przed chorobą miała prawidłową miesiączkę.

Klinicznie na pierwszy plan wysuwało się świeżo przebyte, prawdopodobnie zapalenie migdałków.

Wiedząc, jak często bywają migdałki wrotami zakażeń, a biorąc w rachubę wybuch plamicy w $1^1/_2$ dnia po ustąpieniu bolu gardła, zwiększoną liczbę leukocytów (13,400), ciepłotę i gwałtowny przebieg choroby, uważałbym za bardzo możliwe istnienie w opisanym przypadku ogólnego zakażenia. Wynik bakteryologicznego badania krwi za życia był wprawdzie ujemny, ale jak słusznie podnosi Mięsowicz (16), wynik taki nie zaprzecza istnieniu sprawy septycznej w ustroju.

Pomiędzy przewlekłą zmianą w nerkach, stwierdzoną dopiero badaniem pośmiertnem, a plamicą, w przypadku naszym ze stanowiska klinicznego nie dopatruję się związku.

Ciekawą jest obecność świeżej drobnowidowo stwierdzonej gruźlicy gruczołów limfatycznych szyi, krezkowych i zaotrzewnych i prosówkowej (w wątrobie). Uważając zakażenie za najczęstszy prawdopodobnie czynnik etyologiczny w plamicy piorunującej, przypuszczam możliwość powstawania jej w przebiegu gruźlicy ogólnej, ostrej.

W przypadku naszym nie dała ona typowego makroskopowego obrazu gruźlicy prosówkowej, stwierdzono ją dopiero drobnowidowo. Dlatego raczej wypowiedziałbym przypuszczenie, że w ustroju, osłabionym przez plamicę, utajona jeszcze z lat dziecięcych w gruczołach szyjnych gruźlica, skorzystawszy z przychylnych dla siebie warunków, poczęła się w ostatnich chwilach szybko rozsiewać. Czyli, o ile przyjęlibyśmy w naszym przypadku obecność ogólnego zakażenia drogą migdałków, istniałyby w nim, dzięki gruźlicy, dwa równoczesne ogólne zakażenia, z których pierwsze mogło być przyczyną, drugie zaś następstwem plamicy.

P. Prof. Jaworskiemu dziękuję za łaskawą zachętę do ogłoszenia powyższego przypadku.

Piśmiennictwo. 1) Henoch: Berl. klin. Wochs., 1887, Nr 1. (Virchows Jahrb.). — 2) Riesel: Zeits. f. klin. Med., tom 58. — 3) Litten: Die Krankheiten der Milz und die haemorrhagischen Diathesen. (Nothnagel-Specielle Pathologie u. Therapie, tom VIII) Wien 1898. — 4) Ziteke: New-York medic. Record. Januar 3, 1885. (Virch. Jahrb.). — 5) Kurkowski: Russkaja Medicina, Nr 15, 1885. (Virch. Jahrb.) — 6) Peszyński: Przegląd lekarski, 1887, Nr 23. — 7) Burth Smith: Boston Journal, November 1, 1900. (Virch. Jahrb.). — 8) Nehrkorn: Münch. med. Wochs., 1900, Nr 40. (Virch. Jahrb.). — 9) Biss: Lancet, August 2, 1902. (Virch. Jahrb.). — 10) Grünberger: Prager med. Wochs., 1904, Nr 37. (Virch. Jahrb.). — 11) Simon: Ein sehr acut verlaufender Fall von Purpura haemorrhagica, Leipzig 1886. — 12) Tuor: Über Blutbefunde bei Purpura, Zürich 1907. — 13) Patrz l. 3. — 14) Patrz l. 3. — 15) Patrz l. 8. — 16) Mięsowicz: Przyczynki do nauki o sprawach septycznych, Poznań 1905. — 17) Ebstein-Schwalbe: Handbuch d. praktischen Med. tom I, Stuttgart 1905.

Oceny i sprawozdania.

O roznosicielach duru (Typhusbazillenträger).

(Sprawozdanie poglądowe).

Napisał **Dr E. Stahr.**

Fakt, że ozdrowieńcy z niektórych chorób zakaźnych mogą być rozsadnikami właśnie tej samej choroby, którą przebyli, jest odnośnie do niektórych zakażeń już dawniej znany. Bo ozdrowieńcy tacy są pod względem klinicznym wolni od zakażenia, pod względem klinicznym też nie przedstawiają żadnych zmian, ale pod względem bakteryologicznym mimo pozornego zdrowia nie są zupełnie zdrowi. W wydzielinach ich znaleźć można w kilka, kilkanaście, a nawet i kilkadziesiąt dni po ozdrowieniu owe drobnoustroje chorobotwórcze, które daną chorobę wywołały. I tak w plwocinie ozdrowieńców po włóknikowem zapaleniu płuc znajdowano jadowite pneumokoki, przy grypie po roku stwierdzili badacze swoiste bakterye w plwocinie pozornie zdrowych, podobnie w trzecim miesiącu po wyzdrowieniu z dżumy, jakoteż w wypróżnieniach ludzi, którzy przebyli cholerę, stwierdzono jadowite przecinkowce choleryczne i t. d. i t. d. Zjawisko to odnośnie do duru brzusznego nie było stwierdzone aż prawie do ostatnich lat, chociaż spostrzeżenia kliniczne już dawno naprowadzały na domysł, że z chwilą wyzdrowienia z duru nie kończy się u człowieka zawsze zakażenie durowe. Wszak dawno są znane ropienia podurowe, występujące, a względnie i nawracające się, u ludzi, którzy przebyli dawniej dur, w przeróżnych narządach, że wspomnę o zapaleniu szpiku kostnego, gruczołu tarczowego, ropniach w gruczołach chłonnych, w mięśniach, skórze i t. d. Badanie bakteryologiczne ropy, dobywanej z tych ropni podurowych, stwierdzało zawsze obecność prątków durowych, mimo, że nieraz wytwarzały się te ropnie i w kilka lat po przebyciu duru. Fakta te dowodziły ponad wszelką wątpliwość, że mimo ozdrowienia z duru może człowiek gościć w narządach swego ciała prątki durowe. Taki jednak człowiek, chociaż ściśle rzecz biorąc, jest »ein Bazillenträger« — jednakże nie jest jeszcze roznosicielem duru, nie szerzy w około zarazy, bo nosi prątki w narządach zamkniętych, a w każdym razie nie wydzielających na zewnątrz. Ale nowsze badania — zasługę niepodzielną w tym kierunku ma szkoła Kocha — dowiodły, że bywają i ozdrowieńcy z duru, którzy tygodniami, miesiącami, a nawet latami mogą wydzielać wraz z kałem (rzadziej z moczem), jadowite prątki durowe i rozsiewać zarazę w swojem otoczeniu. Takich nazywamy zwykle roznosicielami duru (Typhusbazillenträger); istnienie takich roznosicieli duru ma znaczenie nie tylko ogólno-patologiczne, ale i znaczenie higieniczno-społeczne.

Otóż, jak już wspomniałem, fakt powyższy stwierdził Koch i jego uczniowie. A rzecz się miała tak:

Rząd niemiecki zaniepokojony strasznemi spustoszeniami, które czynił od lat dur wśród ludności zarówno cywilnej, jak wojskowej w prowincyach nadreńskich, zwrócił się do Roberta Kocha z okazyi epidemii, grasującej w roku 1901 w powiecie Arnsberg-Gelsenkirchen, z prośbą o zaradzenie złemu. Koch już niejednokrotnie pierwej miał sposobność zajmowania się i badania epidemii durowych i dokonywania bakteryologicznych rozbiorów wody, którą ogólnie o przenoszenie duru obwiniano. Badania te doprowadziły Kocha do nieco odmiennego sposobu patrzenia na epidemiologię duru.

Wprawdzie hodowle pracowniane duru rychło tracą swą jadowitość, jednak ogólnem jest przypuszczenie, że prątek durowy żyje długo poza ustrojem ludzkim, jużto w wodzie, jużto w ziemi lub kurzu. I doświadczenia w tym kierunku, przez cały szereg badaczy podjęte, istotnie potwierdziły, że prątek durowy zdolny jest do dość długiego trzymania się poza ustrojem ludzkim w przeróżnych warunkach. Żywotność swą zachowuje w wodzie, szczególnie w jałowej bardzo długo, do dwóch miesięcy, w ziemi może się utrzymać do $5^1/_2$ miesięcy, w piasku zanieczyszczonym wydzieliną chorego trzyma się do 87 dni, w maśle zanieczyszczonem wodą zakażoną konserwuje się prawie miesiąc. A jednakże Koch jest zdania, że w wodzie do picia żyje rzadko kiedy i dlatego szerzenie się duru z wodą nie jest tak częste, jak powszechnie przypuszczają, a zdanie swe opiera na dwóch zasadniczych dowodach:

Badania wody bardzo prawdopodobnie zakażonej i takiej, co już niejeden dur spowodowała, rzadko kiedy wykrywają prątek durowy. Prawda, że trudno go nieraz znaleść mimo jego

obecności w wodzie, jakoteż prawdą jest, że w takiej wodzie nieraz roi się od prątka okrężnicy, z którym pomieniać prątek durowy, a więc nie wyróżnić go, jest rzeczą bardzo łatwą. A jednak mimo to Koch twierdzi, że jeśli w wodzie podejrzanej nie znajduje prątka durowego, to dlatego, że go tam nie ma, bo wodę danej miejscowości bada się dopiero wtedy, kiedy się tam zjawiło kilka przypadków duru. Prątek mógł być w wodzie w chwili, kiedy się chorzy zakazili, a w chwili badania, a więc w kilka lub nawet kilkanaście dni później już go nie ma, bo obecność jego w wodzie bywa najprawdopodobniej przemijającą i krótkotrwałą.

Drugi argument Kocha jest następujący: Epidemie duru z wody okazują dokładnie znaną krzywą gorączki: po kilku dniach stale wznoszących się wahań gorączki przychodzi okres ostry *(fastigium)* i to tem ostrzejszy i wyższy, im wysianie wody dało obfitszą hodowlę, a potem zwolna stopniami opada gorączka i wszystko wraca (przynajmniej pozornie, patrząc na sprawę ze stanowiska bakteryologa) do stanu prawidłowego. Tak przebiega gorączka zwykle w pierwszym, względnie w pierwszych przypadkach duru, które się zjawiają w pewnej okolicy. Następne jednakże przypadki okazują już odmienny przebieg gorączki, a mianowicie, gorączka bywa na ogół nizka, nie dosięga prawie nigdy wysokości gorączki, towarzyszącej pierwszym przypadkom i zwykle się bardzo przewleka. Różnicę tę w przebiegu gorączki w durze tłómaczył już dawniej Koch odmiennym sposobem zakażenia. Pierwsze przypadki pochodzą wedle niego z zakażenia wodą do picia, a następnie idą z chorego na otoczenie, a więc przez zetknięcie. W wielu razach zatem wedle Kocha dur przenosi się nie przez wodę do picia, ale przez zetknięcie. Wszak prątek gwałtownie się rozmnaża w ustroju chorym. Znaleźć go można w krwi, w moczu, w plwocinie i stolcu chorego. W czasie choroby dotknięty wprost na wszystkie strony rozsiewa zarazę i może zakażać swe otoczenie.

A więc jednem słowem już przed rozpoczęciem systematycznej walki z durem w prowincyach nadreńskich głosił Koch zdanie, że częstsze są zakażenia durem, pochodzące przez zetknięcie się *(e contactu)*, niż z wody. Opierając się o te dane, zaczął Koch walkę z durem w miasteczkach Hochwaldu, a mianowicie Waldweilern, Schillingen, Heddert i Mandern, dość silnie w owym czasie nawiedzionych durem. W tym celu powołano do życia cały szereg pracowni bakteryologicznych w Palatynacie, w Alzacyi i Lotaryngii. Stworzono z początku pięć stacyi głównych i pięć pobocznych, a potem wiele jeszcze innych w miarę potrzeby. Z tych pracowni wyszły przeważnie prace uczonych niemieckich, zajmujących się ostatnimi laty sprawą duru. Pracownicy postawili sobie za cel dociekanie sposobu, w jaki nastąpiło zakażenie w każdym poszczególnym zgłoszonym przypadku duru brzusznego i ustanowienie na podstawie spostrzeżeń i studyów jakichś ogólnych prawideł ochronnych. Dociekania, podjęte w celu wyświetlenia sposobu przenoszenia się choroby, dadzą się podzielić na trzy grupy: Do pierwszej grupy należy zaliczyć śledzenie szerzenia się duru przed klinicznem zjawieniem się duru, do drugiej grupy badania, jak się dur szerzy wokoło już w czasie, kiedy gdzieś jakiś przypadek stwierdzono, a do trzeciej grupy wreszcie, jak się przenosi dalej po przebyciu duru przez pewną osobę.

W niniejszej pracy, jako traktującej o roznosicielach duru (Bazillenträger, porteurs de bacilles), a więc ludziach, którzy dur przebyli i z niego wyzdrowieli, ale i tak są nadal rozsadnikami choroby, bo z kałem wydzielają żywotne i jadowite prątki durowe, szczegółowo zajmiemy się pracami grupy trzeciej, jako odnoszącemi się właśnie do okresu podurowego, jednakże i wyniki badań podjętych w dwóch pierwszych kierunkach są również bardzo ciekawe i godne choćby krótkiego naszkicowania dla pełności obrazu.

Do prac pierwszej grupy należy zaliczyć doświadczenia Conradiego, Drigalskiego, Mayera, Priggego i Tietza, z których dowiedzieliśmy się, że w czasie wylęgania się choroby (inkubacyi), ludzie jeszcze pozornie zupełnie zdrowi, a przynajmniej jeszcze bez jakichkolwiek klinicznych objawów choroby, wydzielają z kałem, a czasem i z moczem prątki durowe. Raz stwierdzono to w 8 dni, innym razem w 11 dni, a raz nawet 25 dni wpierw, nim zdołano stwierdzić u badanych osobników jakiekolwiek objawy choroby. Do wyników tych doprowadziły systematyczne badania kału i moczu osobników, żyjących w otoczeniu durowych. Conradi znalazł prątki w krwi dwunastoletniego chłopca, którego siostra miała dur, w dni cztery pierwej, zanim zasłabł. Ze statystyki dalej wynikło, że durowi zakażają swe otoczenie przedewszystkiem w pierwszym okresie choroby, względnie w okresie wylęgania choroby, a więc w czasie, kiedy często jeszcze chodzą i uważają się sami i uważają ich inni za zdrowych. Doniosłość tych badań jest bijącą w oczy. Znaczy to, że człowiek niby zdrowy, przynajmniej za takiego uchodzący, wiodący swój zwykły codzienny żywot, stykający się jak zwykle z swojem otoczeniem, jeszcze nim sam zasłabnie na dur (klinicznie), już go może udzielić innym, którzy znowu dalej go mogą rozsiewać w około.

Że chorzy z rozwiniętą chorobą mogą udzielić zakażenia swemu otoczeniu, jest rzeczą pewną i dawno znaną. Koch i jego uczniowie, śledząc jednak dokładnie chorych i otoczenie, i w tym kierunku poczynili nowe, a ciekawe spostrzeżenia. Najpierw zwrócili uwagę, że niebezpieczni są szczególnie nie owi ciężko chorzy, co się nie mogą swobodnie poruszać i przykuci do łoża leżą całymi tygodniami, ale właśnie lekko chorzy, którzy z durem często chodzą (*typhus ambulatorius*). Baczne spostrzeganie poszczególnych przypadków, a szczególnie tych, w których zakażenie czyto z wody, czyto z pożywienia nie było pewnem, a zakażenie przez zetknięcie się z innym chorym było prawdopodobnem, dowiodło, że pośrednikami między dwoma durowymi bywali często chorzy, leczeni na zapalenie gardła, influenzę, zapalenie płuc, oskrzeli, zapalenie kiszek i t. p., którzy mieli kilka dni gorączki. Autorowie w tym celu zasięgali języka po kasach chorych, szkołach, u nauczycieli, akuszerek, księży, lekarzy i t. p. Były to przeważnie dzieci i u tych wszystkich osobników badanie, i to albo krwi (reakcya Widala) albo kału stwierdziło, że przechodzili dur klinicznie nie rozpoznany.

Stąd płynie praktyczna nauka, że otoczenie durowego należy bacznie oglądać i jeśli ktokolwiek z otoczenia dostanie gorączki, należy zbadać jego krew i stolec, bo tylko tak można wykryć dotąd nieraz zapoznawane, a zarazę przecież przenoszące przypadki.

Bardzo doniosłego znaczenia są także wyniki, uzyskane z badań ozdrowieńców po durze, co stanowi właściwy przedmiot niniejszej pracy.

Najpierw stwierdzono, że zwykle ozdrowieńcy (około 90%) już w 15. dniu po spadku gorączki prątków z kałem nie wydzielają [1]), że więc zwykle w dwa tygodnie po gorączce są zdrowi klinicznie i bakteryologicznie. Są jednak i tacy ozdrowieńcy po durze, u których długo jeszcze po gorączce można znaleźć prątki durowe w kale i to nawet po kilku tygodniach. Jednakże i ci nie wszyscy stale wydzielają prątki z kałem, ale przeciwnie i ci przeważnie też zdrowieją pod względem bakteryologicznym, t. z. że wreszcie po kilku tygodniach w kale już prątków nie udaje się stwierdzić i to nawet kilkakrotnem badaniem. Takich nazywamy prowizorycznymi roznosicielami duru (provisorische oder acute Bazillenträger). Pozostają jednak tacy, co nie tygodniami, ale miesiącami, a nawet latami wydzielają prątki. To są t. zw. chroniczni roznosiciele prątków (chronische Bazillenträger).

Klinger [1]) w czasie od 1. lipca 1903 do 31. marca 1905 zbadał 482 durowych i pośród nich znalazł 63 (13,1%), którzy po ozdrowieniu mieli jeszcze prątki durowe w stolcu, ale tylko 8 miało prątki durowe dłużej, jak sześć tygodni po ozdrowieniu, a więc 8 czyli 1,7% stało się chronicznymi roznosicielami duru. Najdłużej spostrzegał obłąkaną w zakładzie Hördt: zachorowała ona z końcem stycznia 1904 na dur i z początkiem marca wyzdrowiała. 12. maja 1905 były jeszcze prątki durowe w stolcu. U reszty 7 ozdrowieńców stwierdził prątki po 3, 5, 8 i 11 miesiącach.

W pracy, ogłoszonej w roku następnym, donosi Klinger [2]), że na 604 ozdrowieńców po durze okazywało 70, t. j. 11,6% prątki w stolcu, a 10 t. j. 1,7% w moczu. Po kilku tygodniach tylko 6 osób, a więc 1% ma jeszcze prątki w stolcu, a więc 1% zostaje już prawdopodobnie chronicznymi roznosicielami duru. Najdłużej obserwowany ozdrowieniec miał przez półtora roku prątki w stolcu po durze.

Kayser [3]) zajął się historyą owych 248 osób, które w Strassburgu od lata 1903 do lata 1905 przebywały dur. Zostało z nich do r. 1907 przy życiu 217, a z tych miał sposobność zbadać 101 osób: 33 mężczyzn, 47 kobiet, 21 dzieci. Z pośród tych 101 osób wykrył trzech roznosicieli duru (1 mężczyznę, 2 kobiety). A byli to ozdrowieńcy, których na podstawie bakteryologicznego zbadania kału i moczu uznano bakteryologicznie zdrowymi. Wszyscy troje mieli się zupełnie dobrze. W otoczeniu jednej

---

[1]) P. Klinger: Über Typhusbazillenträger. (Arbeiten aus d. kaiserl. Gesundheitsamte, 1906, str. 91).

[2]) P. Klinger: Die Untersuchungen der Strassburger bakter. Anstalt für Typhusbekämpfung. (Ibid. 1907, str. 214).

[3]) Heinrich Kayser: Über Untersuchungen bei Personen, die vor Jahren Typhus durchgemacht haben. (Ibid, 1907, str. 223).

z tych trzech osób zjawił się w międzyczasie przypadek duru. Kayser zatem wykazuje wyższy procent, bo 3% chronicznych roznosicieli duru pośród ozdrowieńców z duru.

A więc badania owych stacyi południowo-niemieckich dowiodły, że 3% durowych zostaje chronicznymi roznosicielami duru. Cyfrę tę możnaby jednak podnieść, zważywszy, że owi chroniczni roznosiciele duru nie wydzielają prątków stale, ale w bardzo nieregularnych odstępach czasu, dalej zważywszy, że nawet ze stolca ludzi na pewno na dur chorych też nie zawsze udaje się wyhodować prątki. Tak n. p. w r. 1904 zbadał Klinger (l. c.) stolec 428 chorych, na pewno durowych, a prątki znalazł tylko 136 razy (31,8%), a więc co trzecie badanie dało ledwo wynik dodatni. (Dok. nast.)

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Lomnitz. **O rzadkiem wydarzeniu przy nakłuciu brzucha, spowodowanem chorobą Hirschsprunga.** (*Pos. Tow. lek. w Hamburgu,* 1908, 19. VI.). U 17-letniego chorego postanowiono z powodu puchliny brzucha, pochodzenia sercowego, wypuścić płyn z jamy brzusznej. Wkłucie trójgrańca wykonano na dłoń powyżej spojenia łonowego nieco na lewo od linii środkowej ciała. Przy wyciąganiu sztyletu zauważono wydobywanie się z pochewki trójgrańca treści jelitowej. Natychmiast otwarcie brzucha. Znaleziono przebicie w jelicie grubem zstępującem, którego ściany były bardzo grube i sztywne. Zaszycie. Piątego dnia pęknięcie szwu, w 9 dni zejście śmiertelne. Sekcya wykazała typową chorobę Hirschsprunga. Dodać należy, że ani w wywiadach, ani w przebiegu choroby nie było ani jednego objawu, któryby dozwalał cierpienie to rozpoznać. Stolec oddawał chory zawsze prawidłowo. *K.*

Wossidlo. **Doświadczalne badania nad zmianami ziarnek Nissla przy znieczuleniu lędźwiowem.** (*Arch. f. klin. Chir.,* 1908, T. 86, Z. 4). Badanie swe przeprowadzał W. na królikach, wywołując znieczulenie 4% stowainą Billona, 5% tropakokainą z suprareniną, 5% nowokainą i 4% alypiną. Zmiany, jakie znajdował w rdzeniu, były przejściowe w postaci rozpadu, nabrzmienia jąder i komórek i trwały jedynie do 24 godzin po wstrzyknięciu, poczem już wykazać ich się nie udawało. Różnicy drobnowidowej przy stosowaniu wspomnianych środków wykazać się nie dało, a jedynie objawy kliniczne przemawiają za używaniem tropakokainy. Ponieważ zmiany w komórkach zwojowych są przejściowe, przeto nic nie przemawia z doświadczeń przeciw stosowaniu znieczulenia lędźwiowego. *K.*

Prof. Hippel. **Łagodzące otwarcie czaszki przy tarczy zastoinowej.** (*Münch. med. Wochs.,* 1908, Nr 37). Jakkolwiek tarcza zastoinowa jest tylko zwykle jednym z objawów chorobowych, to jednak ze względu na zaniewidzenie zupełne musimy ją leczyć oddzielnie, zwłaszcza, że jest ona często jednym z nielicznych objawów ukrytego cierpienia. Słuszną też jest rzeczą, jeżeli zaleca się nawet operacyę, jako zabieg, chociażby łagodzący tylko przypady, bo doświadczenie nauczyło, że często mimo to, że guza n. p. nie udało się znaleźć, już sama zmiana ciśnienia śródczaszkowego wpłynęła korzystnie na stan chorych, zwłaszcza na oczy. Z zebranych 221 przypadków z piśmiennictwa wynika, że w łączności z operacyą umarło 53. Z pozostałych 168 u 100 znikła po operacyi tarcza zastoinowa, u 18 pozostała, co do innych brak danych. W 61 przypadkach, (opisanych dokładnie), wzrok poprawił się. Poprawa ta jest tem pewniejszą, im wcześniej przystępujemy do zabiegu, nie należy jej zaś spodziewać się tam, gdzie wzroku już nie ma. Dlatego też nie należy zwlekać z operacyą przy kile, przewlekłem wodogłowiu, przy zniekształceniach i niedorozwojach czaszki, guzach rzekomych i t. p. Kiła mózgu odporna jest na leczenie specyficzne i często chory przedtem oślepnie, nim leczenie wywoła poprawę samej choroby. Przy wodogłowiu, guzach wrzekomych, surowiczem zapaleniem opon i t. p. ta łagodząca operacya jest zarazem zabiegiem leczniczym w całem tego słowa znaczeniu. Naturalnie trzeba przygotować otoczenie, że zabieg jest bardzo ciężki i niebezpieczny, ale zarazem jedynym ze znanych środków. Celem zmniejszenia niebezpieczeństwa powinno się operować w chloroformie, a nie w eterze, i to dwuczasowo: najpierw usunąć kość a dopiero w kilka dni otworzyć oponę twardą, znieczulając ją kokainą w celu usunięcia odruchu na oddech. Operować powinno się delikatnie, bez młota i dłuta, płyn wypuszczać ostrożnie i zwolna i t. p. Wynik i poprawa co do tarczy zastoinowej występuje rychło, bo w kilka dni. *K.*

Peter Bade. **W sprawie wrodzonego zwichnięcia biodrowego, a zwłaszcza krytyczne uwagi nad pracą Deutschländera: „O krwawem nastawieniu wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego“.** (*Archiv f. Orthop.,* 1908, VII). Deutschländer, zwolennik krwawego nastawienia wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego zabrał w tej sprawie znowu niedawno głos i starał się na podstawie swego materyału udowodnić słuszność swego twierdzenia. Bade omawia krytycznie te twierdzenia i wykazuje, ile błędów popełnia się w takim przypadku i jak błędnie Deutschländer dowód przeprowadza. Jestto praca rzeczywiście godna uwagi dla specyalistów. Jako aksyomat stawia on następujące twierdzenie: U młodych osobników należy próbować zawsze najpierw niekrwawego nastawienia, a jeżeli się to nie uda, to trzeba się dobrze jeszcze raz zastanowić, zanim się podejmie krwawego zabiegu, bo wyniki tegoż są mniej korzystne, jakby się można spodziewać. *Chl.*

Payer. **Plastyka kości po resekcyi szczęki odcinkiem żebra, oraz pokrycie ubytku skórnego szypułowatym płatem piersiowym, albo swobodne przeszczepienie.** (*Zentrbl. f. Chir.,* 1908, Nr 38). P. poleca, aby, według pomysłu jego asystenta Hellera, po resekcyi szczęki, w celu nadłożenia ubytku wyciąć kawałek żebra i wraz z należącym do niego płatem mięśnia przenieść do góry, albo też zupełnie odciąć kawałek żebra i założyć nim brak w szczęce. Maudry już dawniej zalecał prawie ten sam zabieg, tylko, że on przeszczepiał odcinek obojczyka zamiast żebra. *Chl.*

Wilms. **Ustalenie kątnicy (coecum mobile) w przypadkach t. zw. appendicitis chronica.** (*Zentrbl. f. Chir.,* 1908). W. twierdzi, że w wielu przypadkach zapalenia wyrostka bole powoduje ucisk na krezkę, która jest za długa. Jeżeli się więc na to nie zwróci uwagi, to i po wycięciu wyrostka robaczkowego bole w dalszym ciągu trwać będą. W 40 przypadkach, operowanych przez niego, tworzył zawsze z otrzewnej prawej zatoki jamy brzusznej kieszeń i w niej umocowywał kątnicę. We wszystkich w ten sposób operowanych przypadkach rana goiła się szybko i bole nawet w przypadkach już poprzednio operowanych znikały zupełnie. *Chl.*

Fr. Staffel. **Kilka uwag o wkładkach przy stopie płaskiej i koślawej.** (*Archiv f. Orthop.,* 1908, VII). S. zaleca używać zamiast zwykłych wkładek wązkie listewki ze sprężynowej stali, które są tanie, lekkie, a bardzo często doskonale spełniają swoje zadanie. *Chl.*

Herz. **Leczenie wrodzonej stopy szpotawej u młodych dzieci.** (*Archiv f. Orthop.,* 1908, VII). H. przemawia za leczeniem tego cierpienia przy pomocy gipsowych opatrunków i stara się osłabić zarzuty Longego. Jest on tego zdania, że wymieniony sposób prędzej i pewniej wiedzie do celu, niż każdy inny. (*Uwaga ref.:* Z twierdzeniem autora nie można się jednak zupełnie zgodzić, gdyż zapomina on, że dla biednych ludzi jest po prostu niemożliwem utrzymać gips w stanie suchym i zdolnym do użytku). *Chl.*

P. Sick. **Przyczynek do leczenia posocznicych i ropniczych zakażeń ogólnych.** (*Z. f. Chir.,* 1908, Nr 31). Już przed rokiem przestrzegał S. przed leczeniem ciężkich ropowic zapomocą sposobu Biera, a radził szerokie otwarcie miejsca zakażonego, względnie resekcyę albo amputacyę. W pierwszym razie przy zakażeniu bardzo ostrem traci się odpowiednią chwilę, w której możnaby było chorego jeszcze uratować, a późniejsze radykalne zabiegi stają się bezowocne. Tak samo w przypadkach lżejszych można stosować metodę Müllera i Peisera (leczenie zapomocą antifermentu); bardzo niepewne działanie dała surowica przeciwpaciorkowcowa, przetwory nukleinowe i kollargol. Nadzwyczaj dobre wyniki dało S. leczenie jodipiną w połączeniu z ol. sesami w ciężkich zakażeniach. Uleczył on trzema wstrzyknięciami podskórnemi 25% rozczynu (po 10, 5,5 cm^3) ciężką posocznicę paciorkowcową w przeciągu 3 dni. Tak samo nastąpiła szybka poprawa w przypadku zakażenia połogowego i zapalenia płuc. *Chl.*

Kirsch. **Badania nad nawykowem skrzywieniem stosu kręgowego (scoliosis habitualis).** (*Arch. f. orth. Chirurgie,* 1908, T. VII, Z. 1). W Niemczech, Anglii, Włoszech przeprowadzają lekarze od dłuższego czasu badania z dziećmi w szkołach celem śledzenia chorób, występujących w dziecięcym wieku. Co do skoliozy przeprowadzali oni badania na licznym materyale, szczególnie Combe, Scholder, Weith, Guillaume, Krug, Hagemann, Kalbach, Axel Key, Nürnberger, Bordenlewe i i. Badania takie wykonał Kirsch w Magdeburgu (Dziewin). Podług K. $^1/_3$ dzieci w szkołach ma skrzywienie boczne kręgosłupa, co mniej więcej odpowiada i badaniom innych autorów. Największa liczba

skrzywień jest lewostronnych (*totalis*), które we wyższych klasach pogarsza się, przechodząc w skoliozy kombinowane. Skolioz nabytych w szkole stwierdził u dziewcząt 20%, u chłopców tylko 2½%, do tego skolioz ustalonych twardych u dziewcząt 3%. Badania K. nie są jeszcze ukończone. *Chl.*

Okulistyka.

Suker. **Czy można w każdym przypadku używać sposobów zastępczych zamiast zwyczajnego wyłuszczenia oka.** (*Ophthalmology* 1908, Vol IV., Nr 2). Pierwotny sposób wyłuszczenia oka nie odpowiada wcale wymaganiom kosmetycznym: 1) Tłuszcz oczodołowy i mięśnie ulegają pod zaszytą spojówką stopniowemu zanikowi, przez co jama oczodołowa nadmiernie się powiększa. 2) Ruchy powiek ulegają pewnemu ograniczeniu. 3) Kikut po wyjętej gałce ma ruchomość wcale niedostateczną. 4) Ruchomość, jakiej kikut ten udziela założonemu oku sztucznemu, oczywiście jeszcze bardziej nie wystarcza. 5) Górna powieka zapada się, tworząc szpecące zagłębienie pod łukiem oczodołowym. 6) Pomiędzy okiem sztucznem, a spojówką powstaje zwykle przestrzeń, wypełniająca się wydzieliną, która drażni spojówkę i wywołuje uporczywy nieżyt, a nadto uszkadza emalię sztucznego oka. 7) Długotrwałe zaćmienie wywołać może odczynowe bujanie tkanki łącznej, która kurcząc się, skraca załamki czasem tak znacznie, że wkładanie oka sztucznego staje się niemożliwe.

Z powodu tych licznych niedostatków zalecono, jak wiadomo, cały szereg sposobów, powiększających podkład dla oka sztucznego przez wszywanie kul z najrozmaitszego materyału. Pierwszeństwo przed wszystkiemi metodami oddaje S. operacyi Frosta, polegającej na wszyciu kuli ze szkła wolnego od ołowiu do torebki Tenona. Szkło takie pod wpływem soków śródgałkowych nie ulega żadnej zmianie chemicznej, jest zatem doskonale obojętne, a przy należytem zaszyciu rany oczodół znosi dobrze obecność tego ciała obcego. Przed wszczepieniem gotuje się kulę przez kilka godzin w rozczynie 1: 5000, następnie płucze się w rozczynie soli. Po włożeniu kuli zaszywa się ponad nią szwem kapciuchowym torebkę Tenona, mięśnie i spojówkę.
K. W. Majewski.

Van Duyse. **Rozbiór przypadku urazowego zapadnięcia oka** (*enophthalmus*). (*Arch. d'Opht.* 1908, Nr 1). 38-letnia kobieta, spadłszy ze schodów, stłukła się silnie w okolicę prawej kości jarzmowej. Kolejno pojawiały się potem zmiany następujące: Krwiak oczodołu i znaczne wysadzenie oka wskutek złamania szczęki górnej i oczodołowego wyrostka kości jarzmowej wraz z rozdarciem tętnicy podoczodołowej i nerwu podoczodołowego. Gałka oczna sama nie uszkodzona. Porażenie mięśni prostego wewnętrznego i prostego dolnego, niedowład zwieracza źrenicy i akomodacyi. Porażenia te i niedowłady szybko ustąpiły z wyjątkiem niedowładu mięśnia prostego dolnego, utrzymującego się przez szereg miesięcy. W kilka tygodni po urazie wysadzenie oka przemieniło się w zapadnięcie (*enophthalmus*). D. przyjmuje tu możliwość uszkodzenia nerwu współczulnego, wyłącza zwiększenie pojemności oczodołu przez złamanie kostne, a przypuszcza tylko bliznowate skurczenie się wiotkiej tkanki oczodołowej w dolnej części po wessaniu się krwi.
K. W. Majewski.

A. Monthus. **Wągr w oczodole.** (*Arch. d'Opht.* 1907, Nr 12). Wągr w oczodole daje obraz kliniczny, który z trudnością nieraz tylko można odróżnić od obrazu nowotworu pozagałkowego. Wągr rozwija się dosyć szybko, zwykle przed upływem jednego roku. W czasie swego rozwoju wywołuje często stany zapalne, którym towarzyszą nieraz bardzo znaczne nerwobole. Z powikłań wymienić należy ropowicę pozagałkową, zakrzepowe zapalenie żył i zapalenie nerwu wzrokowego. Rozpoznanie może się opierać tylko na prawdopodobieństwie. Niekiedy nawet badanie mikroskopowe wyciętych kawałków pęcherza nie daje bezwzględnej pewności, tak dalece może ciało pasorzyta uledz zwyrodnieniu i różnym przemianom wstecznym. M. przestrzega przed nakłuciem próbnem, bo wyniki tego są zupełnie niepewne, a zachodzi niebezpieczeństwo odczynu zapalnego. Jedynym uzasadnionym sposobem jest nacięcie próbne, po którem w razie stwierdzenia pasorzyta należy bezpośrednio przystąpić do doszczętnego wyłuszczenia. *K. W. Majewski.*

Jocqs. **Torbiele skórzaste na dnie oczodołu.** (*Ophth. Klinik* 1908, Nr 1). Rzadkie i trudne do operowania są torbiele, usadowione w głębi oczodołu. Lagrange opisał w r. 1900 przypadek torbieli skórzastej w górno-wewnętrznej części oczodołu, sięgającej daleko w głąb lejka oczodołowego. W obawie nawrotu nie poprzestał Lagrange na wycięciu wystającej części torbieli, lecz usunął wszystkie jej ściany, przyczem nie obeszło się bez uszkodzenia pochewek nerwu wzrokowego i nacięcia grubszych żył, co wywołało duży krwotok. Przypadek ten skończył się nieszczęśliwie: Zapalenie tęczówki, ropniak komórki przedniej, zapalenie rogówki, zapalenie nerwu wzrokowego. Mając w pamięci ten niepomyślny przypadek Lagrangea, J. w podobnym przypadku torbiela skórzastego u 3½-letniej dziewczynki, u której guz, wypuklający dolny załamek spojówki, osadzony był w oczodole bardzo głęboko, ograniczył się do wycięcia samej tylko przedniej ściany torbieli i do wypróżnienia jego treści. Przebieg pooperacyjny bez żadnych powikłań. J. miał sposobność badać dziecko w rok po operacyi i nie znalazł żadnych objawów nawrotu. *K. W. Majewski.*

Sekcya zwłok króla Jana III.

(Przyczynek do dziejów sekcyi XVII. wieku na podstawie nieznanego protokołu).

Napisał

Dr W. Nowicki.

Do więcej ciekawych przyczynków do historyi medycyny w Polsce należą bezwątpienia dawne protokoły sekcyjne. Miały one charakter jużto aktu sądowego, jak n. p. do pewnego stopnia protokół sekcyi Barbary Radziwiłłówny, zawarty w pracy A Critiusa »Deploratio mortis Barbarae reg.« Cracoviae 1515 [1]), już też sporządzano je przy sposobności balsamowania ciała lub, i to najrzadziej, dla poznania przyczyny śmierci.

Z protokołów tych, a raczej opisów, wymienię bardzo niedokładny opis sekcyi króla Stefana Batorego, który, jak wiadomo, umarł dość nagle, bo po kilku dniach choroby. Sekcyę tę omówił krytycznie w krótkości Pawiński w rozprawce »Zgon króla« [2]), napisanej w 300-letnią rocznicę śmierci tego najdzielniejszego władcy polskiego.

Sekcyę, czyli jak wówczas nazywano »egzenteracyę« zwłok, wykonano w trzy dni po śmierci króla; wynik jej budził szczególne zainteresowanie wśród lekarzy, gdyż chodziło tu o rozstrzygnięcie pytania, kto miał słuszność, czy lekarz Symoniusz z Lukki rozpoznający *syncope asthmatica*, czy Baccella z Padwy, utrzymujący, że król cierpiał na padaczkę i to pewną *species de epilepsia*, gdyż nie było drgawek. Dla porównania przytoczę tu opis sekcyi, podany przez Polaka Gosławskiego, lekarza przy dworze Batorego, który był obecny przy jej wykonaniu. Opis, zdaje się, bezstronny, gdyż autor sam nie zajmował się leczeniem króla [3]). »Przy bytności Baccella, pisze Gosławski, balwierze wnętrzności wyjmowali z niego (króla), Baccella im pomagał. Wszystkie *viscera* zdrowiuchne, wątroba także, żołądek, śledziona, płócno jedno przy sercu zdrowe, tylko lewe naciekło, bo się był bardzo potłókł. Nerki nadzwyczajne, jako wołowe, co dziwna, bo w człowieku są nerki, jako w skopie. Czego ani Baccella, ani ja nie widzieliśmy w żadnem ciele. Szukał Baccella *in omnibus visceribus* i nic nie znalazł, tylko w owej pęcherzynie, kędy żółć bywa, w tej dziurze, kędy wychodzi, kamień tak wielki jako muszkatołowa gałka, że do onej pęcherzynki nic nie wchodziło żółci i nic jej też nie było, tylko woda szczera, i drugi kamyk; wszakże to nie jest *causa mortis*, bo i w gołębiach i koniach żółci nie masz, ale się rozchodzi po wszystkiem ciele.

Doktór Symoniusz, gdym go pytał o śmierć króla i *accusabat aquam*, którą K. J. M. pił nie tak, żeby była *causa mortis*, ale iżby miała *accelerare mortem* i powiedział, by był wino pił, mógłby jeszcze dzień lub dwa żyw być i Panu Bogu się sprawić i rzeczy rozprawić«.

Opis, jak widzimy, bardzo pobieżny i niedokładny. Przytoczyłem go dla porównania z protokołem sekcyi zwłok króla Jana Sobieskiego, dotąd wogóle mało znanego i jeszcze przez nikogo krytycznie nie opracowanego. Po raz pierwszy został on drukiem ogłoszony w r. 1895 przez Glatmana [4]) w krótkim szkicu

---

[1]) Feigel. Podręcznik medycyny sądowej. Lwów 1883, str. 11.
[2]) Pawiński. Zgon króla. Tyg. ilustr. 1886, str. 357.
[3]) Gąsiorowski. Zbiór wiadomości do historyi sztuki lek. w Polsce. Poznań, 1854.
[4]) Glatman. Skon Jana III. Szkic historyczny. Opowieści i wspominki historyczne. Kraków, 1895.

historycznym, pisanym więcej nowelistycznie, p. t. Skon Jana III. Rękopis muzeum Czartoryskich Nr 441, str. 19, jest najprawdopodobniej kopią z kopii tekstu protokołu oryginalnego. W roku 1896 przedrukował go Giedroyć w rozprawie »Ekspertyza lekarska w dawnych sądach polskich«, Warszawa 1896, nie dodając żadnych od siebie uwag.

Tekst[5]), który poniżej zamieszczam, jest odpisem z dokumentu, jeżeli nie oryginalnego, to w każdym razie będącego dokładniejszą kopią, niż ogłoszona przez Glatmana. Obok pewnej niejasności i błędów stylistycznych, uderza w kopii Glatmanowskiej brak całych zdań, które znajdujemy w protokole poniżej przytoczonym, również brak podpisów dwóch lekarzy, co przemawia także za niedokładnością kopii muzeum Czartoryskich. Tekst, który omówię, jest odpisem dokumentu, będącego własnością Bersona w Warszawie, a zakupionego na licytacyi w Monachium. Pochodzenie jego z Monachium możnaby tłomaczyć tem, że córka króla Sobieskiego, Teresa Kunegunda, wyszła za elektora bawarskiego Maksymiliana Emanuela i prawdopodobnie posiadała jeżeli nie oryginał, to przynajmniej dokładny odpis protokołu sekcyi swego ojca.

Czy sekcyę wykonano głównie dla przekonania się, na co król chorował, względnie umarł, czy też z powodu balsamowania ciała — trudno rozstrzygnąć; być może, że przedewszystkiem z powodu balsamowania, przy tej sposobności skorzystano prawdopodobnie, by przekonać się także o stanie narządów; świadczy o tem skrupulatne spisanie tego, co znaleziono na sekcyi. Pod protokołem są podpisy trzech lekarzy, między nimi fizyka warszawskiego, Jakóba Minaszewicza. Kto robił sekcyę, czy sami lekarze, trudno stwierdzić wobec braku odnośnych notatek. Być może, że robili ją, podobnie jak sekcyę Batorego, balwierze. Wiemy bowiem, że w wiekach średnich, począwszy od XIV. w., kiedy to w r. 1315 *Mondini de' Luzzi* (Mundinus) pierwszy raz publicznie, nie kryjąc się, sekcyonował ciała dwu kobiet i wydał swą nieśmiertelną »anatomię części ciała ludzkiego«, że wówczas sekcye na uniwersytetach nawet wykonywali czeladnicy balwierscy. Ludzi tych uważano za nieuczciwych, a czynność swą wykonywali, i to bardzo nieudolnie, zapomocą brzytwy[6]).

Sekcyę robiono nie w Wilanowie, miejscu śmierci Sobieskiego, lecz niewątpliwie w Warszawie, dokąd zaraz drugiego dnia przewieziono zwłoki królewskie, jak to czytamy w liście biskupa Załuskiego. Czytamy w nim bowiem, że królewicz Jakób zaraz po śmierci ojca wyjechał do Warszawy, zamknął się w zamku, a żołnierzom zakazał wpuszczać matkę, Maryę Kazimierę, bał się bowiem, by nie zabrała mu skarbów. Królowa, dowiedziawszy się o tem, wyjechała tam zaraz wraz ze zwłokami małżonka. I tu pod zamkiem ku zgorszeniu wszystkich musiano paktować z Jakóbem, by wpuścił matkę i zwłoki ojcowskie. »Co powie Polska cała, mówił biskup Załuski do królewicza, gdy się dowie, że ciała zmarłego króla nie wpuszczono do zamku«.

Protokół sekcyi również datowany w Warszawie. O ile sądzić można ze stylu i używania czasu przeszłego, protokół pisano nie podczas sekcyi, ale po niej. Zwłoki następnie zabalsamowano. W 100 lat prawie po śmierci, gdy z polecenia Stanisława Poniatowskiego przekładano zwłoki króla Jana III. do nowego grobu, były one jeszcze wcale dobrze utrzymane. W »Pamiątkach z Krakowa« Mączyńskiego[7]) czytamy: »przy włożeniu w ten sarkofag zwłok Jana III. zabalsamowane ciało jeszcze okazywało jego wspaniałą postać, i niejakieś podobieństwo w twarzy, która za życia była tak miłą, otwartą, poważną, którą ożywiało wejrzenie bystre czarnych, wielkich jego oczów. Do podobieństwa tego przyczyniały się najwięcej owe historyczne wąsy Jana III., które zupełnie niezepsute zdobiły jeszcze twarz tego bohatera«.

Tekst łaciński protokołu następujący:

Lugete Coeli fata!

Occidit heu lumen Poloniae, occidit Johannes III. Rex semper Augustus, semper invictus, semper sapientissimus. Patriae praesidium ac dulce decus, idque 17 die Junii, nigro deinceps lapillo numeranda die, Anno Domini 1696.

Postquam serenissimi regis cadaver, nobis Medicis praesentibus nudum fuit expositum, abdomen immensa mole conspicuum observavimus, cutim versus axillas hinc et inde rubro colore latius diffuso tinctum vidimus, vidimus et tibias in anteriori parte pustulis numero quasi innumeris aspersas et ex rubro nigricante colore maculatas.

Postmodum medius ac intimus venter appertus est aqualiculus adipe protenso fere sesquipede gravis extabat. Epiploon eminentibus multis crassioribus glandulis refertum erat. Intestinorum tenniorum aeque ac crassiorum non ita laudabilis color ex his, quod jejunum vocant, lividum ac prope sideratum judicavimus.

Coli certe stupenda moles et penitus ex lex habita jure et merito fuit.

Mesenterium nullo fuit infectum vitio, quod oculis pateret, nec in ventriculo, nec in vesica labes digna memoriae.

In pancreate corpuscula saccam duritiem aquantia prope notavimus, juxta canaliculum, per cujus ductum succus pancreaticus fluit in duodenum, nata et adulta concreverant haecce corpuscula.

Vas et ipsum pancreaticum insigne fuit, quippe solito majus.

In cavitate ventris tres aut quatuor seri nigricantis et male olentis stagnabant.

Hepar extitit pravi coloris, praecipue vero in parte gibba. Visceris hujus substantia fuit exarefacta puriformis quidam succus ex ea nonnihil premendo fuit eductus. Vesicula fellis appensa jecori vacuabile tota fuit; octo replebat calculis, inter quos unus insignior, alii porro minores.

Lien debitae magnitudinis et crassitiei, tum exterius, tum interius velut atramento conspurcatus apparuit, cujus mollissima substantia, quae a se invicem, quasi detritus pannus facile sejungebatur, unde pars ille degener omnino putanda.

Ren dexter mole minor, majorem calculum capiebat, quod mirum, calculus ille quadantenus refert figuram clipei ex quo stemma regium constat. Ren sinister tanta pinguedine fuit occlusus, ut difficulter videretur; ille maximus tamen, sed quod miserrimum inficiebatur pure.

In medio ventre pulmonum color ad nigrum tendebat, horum substantia prorsus flaccida, se cum arcte cohaerebat, purulenta materia sordida scatebat.

Pericardium praeter morem vix quatuor aquae guttulis irrigabatur. Cor magnum et capax dici potuit; nihil singulare vel in eius auriculis vel in ambobus sinubus occurit. Testamur eius texturam non ita robustam atque compactam a nobis fuisse deprehensam, quam vulgo soleat, quod ab aetate jam provecta Regis esse potuit. Thorax seu medius ille venter magnam premebatur aquae copiam vitiosi coloris et odoris foetidissimi.

In capite vel superiori ventre nulla labes fuit. Cerebrum non nihil siccum aliqui dicebant ex chirurgis, quod in ita fuerit a natura comparatum, quis miret, quod rex tanta Ingenii laude floruerit, quod quicquid diceret, salve diceret; quod denique caput eius fuerit mentio altioris capacius. Splendor enim siccus animus sapientissimus. In cerebri substantia, sicut in ventriculis, sicut in principio nervorum, nil a lege naturae alienum observatum fuit. Inflicta sunt alte vulnera pedibus tibiis et femoribus, ex iis quam data portam, serum ubertim et affatim effluxit saltem ad viginti librarum pondus. Ex adipe quo actus inferiores circumundique vestiebantur, sic tanquam ex spongiis aqua madidis exprimebat serum.

Ex hac brevi relatione concluditur, quot et quantae morborum causae, simul coiverint, velut agmine facto, in perniciem regis immortalitate digni, si mors aequo pauperum tabernas, Regumque turres non pulsaret. Et quidem vix aliqua pars fuit immunis a culpa, sive ex iis, quae inserviunt nutritioni; sive ex iis, quae addictae sunt officio respirationis, attamen existamamus, quod ex vitio praesertim renum orta sit haec praesens calamitas. Hisce quippe fatiscentibus, serum non fuit a mole sanguinea secretum, tempore et loco iuxta naturae vota, unde profecto sanguinis discrasia seri nimia redundantia anasarca successiveque ascite consecuta sunt.

Varsavii die 18 Junij A. 1696.

H. Mahien,
serenissimor. Regin. Archiater.

Petrius Buini, Medicus florentinus.

Jacobus Minaszewitz, Physicus Warsaviensis.

(C. d. n.)

---

[5]) Odpis protokołu wraz z niektóremi notatkami dostarczył mi łaskawie Dr E. Łuniński, za co też składam Mu serdeczne podziękowanie.

[6]) Weigel. Historya medycyny w wiekach średnich. Lwów, 1895.

[7]) Mączyński. Pamiątka z Krakowa — opis tego miasta i jego okolic. Cz. II. Kraków, 1845.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Sprawozdanie z XIII. wiecu Izb lekarskich w Pradze.

W dniu 29. września 1908 rozpoczął się XIII. wiec Izb lek. austr. Zagaił prezydent Izby lek. dla Królestwa czeskiego Prof. Dr Heveroch, jako przewodniczący wiecu. Udział bardzo liczny; z małymi wyjątkami wszystkie Izby wysłały delegatów. Następnie powitał wiec imieniem Namiestnika c. k. Radca Dworu Vojáček, poczem referent kraj. sanitarny c. k. Radca Dworu Pelc w mowie swej między innemi powiedział: »W ciężkich czasach przypadło Izbom lekarskim spełnić swe zadanie wobec interesów zawodowych, w czasach, kiedy najszersze warstwy ludu w usilnej walce społecznej dążą do zabezpieczenia swym współtowarzyszom jak największych korzyści w każdym kierunku, a kiedy z drugiej strony przed światem lekarskim stają zadania na polu humanitarnem, higienicznem itd., o jakich do niedawna jeszcze mowy nie było. I tu można stwierdzić, że Izby lekarskie swą dotychczasową działalnością dowiodły dostateczne uprawnienia swej egzystencyi«.

Imieniem miasta Pragi powitał delegatów serdecznemi słowy Dr Kaspar.

Przystąpiono do 1. i 2. punktu porządku dziennego (patrz Nr 39 Przegl. lek.). C. k. Radca rządu Prof. Dr Petrina odczytał sprawozdanie Wydziału wykonawczego Izb lek., poczem delegat Izby zachodnio-galicyjskiej zwrócił się do Wydz. wykonawcz. z zapytaniem o losy akcyi w kierunku podwyższenia dyet dla lekarzy wydelegowanych do epidemii tyfusu plam. z 7 kor. na 20 kor. dziennie, podnosząc równocześnie, że wniosek ów, uchwalony na XI. wiecu Izb w Krakowie w rozciągłości takiej, jak wówczas uchwalono, nie ma widoków na rychłe spełnienie życzeń świata lekarskiego w szczególności galicyjskiego, prosząc równocześnie, by wiec reasumował ówczesną uchwałę, i by polecił Wydz. wykonawczemu takie kroki poczynić, by na razie jedynie dla epidemii tyfusu plam. dyety do kwoty 20 kor. dziennie podwyższono. Wywody te poparł delegat Izby lek. bukowińskiej, zaznaczając identyczność stosunków odnośnych w Galicyi i na Bukowinie. Przewodniczący poddaje ten wniosek pod głosowanie — jednogłośnie przyjęto.

Do punktu 3. obrad w sprawie ubezpieczenia robotników w Kasach dla chorych uchwalono:

1) żądać wspólnego porozumienia się lekarzy z Kasami;

2) przedstawić w tym duchu materyał Izbom lekarskim, prezydentowi ministrów i ministrowi spraw wewnętrznych;

3) porozumieć się z organizacyami społeczno-lekarskiemi;

4) użyć w parlamencie wszelkich możliwych wpływów w celu przeprowadzenia zadań.

Do punktu 4. uchwalono w zasadzie przychylić się do utworzenia własnego zakładu ubezp. od wypadków: polecono Wydziałowi wykonawczemu, by w tym kierunku prace wstępne przeprowadził.

Dalszym przedmiotem obrad była kwestya tytułów lekarzy. Referent Dr Schlömicher (Grac) uczynił następujące wnioski:

1. Lekarzowi wolno używać tylko tego tytułu doktorskiego, który mu się wedle dosłownego brzmienia dyplomu należy. A więc nie wolno tytułować się doktorem medycyny i chirurgii, jeśli dyplomem nadany tytuł brzmi: Doktor wszech nauk lekarskich.

2. Tytuły w rodzaju »były lekarz« lub »były frekwentant« kliniki i t. p. mają być niedozwolone. Natomiast wolno używać tytułów »były asystent kliniki« lub »były sekundaryusz«, jeśli tytuł ten nadany został dekretem.

3. Wogóle zabronić należy używania tytułów, które, chociaż mają uprawnienie, mogłyby jednak publiczność, szukającą pomocy lekarskiej, w błąd wprowadzić. Tak n. p. jeżeli lekarz jest docentem jakiegoś zakładu szkolnego, szkoły średniej i t. p. nie powinien tytułować się krótko »docent«, gdyż mogłoby to wzbudzić przypuszczenie, że chodzi o docenturę Uniwersytetu.

4. Wprowadzić należałoby pewne normy co do uprawnienia tytułów specyalistów.

Po odnośnej dyskusyi wiec Izb lekarskich uchwalił: Wezwać Izby lekarskie, by w przepisach obowiązujących lekarzy zamieściły postanowienia, tyczące się sprawy tytułów nieuprawnionych, które lekarze czasem w celach reklamy sobie nadają, i by co do kwestyi tytułów specyalistów wnioski swe przesłały komitetowi wykonawczemu Izb lekarskich, który je przedłoży Najwyższej Radzie zdrowia, jakoteż rządowi.

Długą i ożywioną dyskusyę wywołała sprawa ustawy o pensyjnem ubezpieczeniu urzędników prywatnych, o ile dotyczy stanu lekarskiego. Pokazało się przedewszystkiem, że według interpretacyi czynników miarodajnych ustawa ta będzie zastosowaną do lekarzy, pozostających w stałym stosunku służbowym do szeregu instytucyi prywatnych, a po części publicznych, w pierwszym rzędzie do lekarzy Kas chorych. Słusznie jednak już poprzednio wskazywano na postanowienia ustawy, które odnośnie do lekarzy są prawie niemożliwe do zastosowania i nakładają ciężary, które bez odpowiednich korzyści lekarze będą musieli ponosić. Większość Izb lekarskich oświadczyła się za wyłączeniem lekarzy z szeregu tych, którzy postanowieniom ustawy podlegają, a wiec Izb lekarskich uchwalił:

1) Lekarze dążą do ogólnego ubezpieczenia pensyjnego na starość i na wypadek niezdolności do pracy, jakoteż ubezpieczenia wdów i sierot.

2) Oświadczają się jednak za ubezpieczeniem ogólnem i państwowem wszystkich lekarzy.

3) Do tego ubezpieczenia ma się państwo odpowiednio przyczynić.

4) Ustawa z d. 16. grudnia 1906 o pensyjnem ubezpieczeniu urzędników prywatnych nie odpowiada w brzmieniu obecnym potrzebom i wymaganiom lekarzy.

5) Nawet przy zmianie postanowień dotyczących, ustawa ta jednak nie będzie się liczyć z poszczególnymi stosunkami lekarskimi.

6) Domagać się przeto należy, by z pod postanowień tej ustawy lekarzy wyjęto.

7) Na wypadek, gdyby to okazało się niemożliwem, polecić należy lekarzom, by zawierali zastępcze [1]) umowy asekuracyjne z Towarzystwami prywatnemi (Ersatzversicherung), a równocześnie domagać się, by przed zamierzonemi zmianami ustawy wysłuchano zdania zastępców świata lekarskiego.

8) Do następujących zmian dążyć należy:

a) by, (jeżeli wogóle) wszyscy lekarze kasowi zostali ubezpieczeni, a nietylko ci, którzy pobierają płacę miesięczną lub roczną (§ 1).

b) by lekarze ubezpieczali się w stosunku do sumy płac pobieranych z tytułu służby prywatnej, lub publicznej, z wyłączeniem dochodu z praktyki (§ 3).

c) by odnośnie do lekarzy zmienionym został § 8, który orzeka, że prawo do pensyi w razie niezdolności do pracy traci ten, kto posiada dochód 600 K. rocznie.

d) § 11 odnośnie do lekarzy zmienić w tym duchu, aby za miernem podwyższeniem premii czas czekania na pensyę na starość mógł być skrócony z 40 lat do 30 lat.

9) Wykonanie tych uchwał porucza się komitetowi wykonawczemu Izb lekarskich.

Przy sposobności tych uchwał delegat Izby zachodnio-galicyjskiej zwrócił uwagę uczestników wiecu na okoliczność, że już przed kilku laty, imieniem Towarzystwa »Samopomocy lekarzy« ś. p. Profesor Jordan wniósł do rządu i ciał prawodawczych petycyę o utworzenie państwowego zakładu ubezpieczeń na starość i t. d. dla lekarzy, wraz z projektem, przez siebie opracowanym, i że w dalszym ciągu Izba zachodnio-galicyjska na XI. wiecu w Krakowie sprawę tę na nowo podjęła, że dziwnem się przeto wydaje, iż wnioskodawczyni (t. j. sekcya niemiecka Izby praskiej) z podobnym projektem, jako czemś zgoła nowem, występuje. Delegat Izby wschodnio-galicyjskiej Dr Gérard-Festenburg przedstawił projekt nowej taryfy sądowo-lekarskiej w postępowaniu karnem. Projekt ten uchwalono uważać za podstawę do dalszych prac w tym kierunku i wezwać Izby, by komitetowi wykonawczemu nadesłały swe opinie, poczem tenże wypracuje ostateczny projekt.

Na wniosek Izby wiedeńskiej uchwalono zwrócić się do rządu, by na wszystkich wszechnicach zaprowadził katedry medycyny i higieny społecznej.

Na wniosek sekcyi czeskiej Izby praskiej uchwalono sprawę reformy państwowej ustawy sanitarnej z roku 1870 poszczególnym Izbom oddać do dyskusyi na podstawie referatu wnioskodawczyni. Poczem stosownie do wniosków i opinii Izb, komitet wykonawczy wypracuje memorandum, które przedłoży rządowi wraz z żądaniem, by tenże przy współudziale zastępców

[1]) Zaznaczyć należy, że ubezpieczenia zastępcze dają znacznie większe korzyści, niż obowiązkowe ubezpieczenie w państwowym zakładzie pensyjnym dla urzędników prywatnych. Ubezpieczenia te atoli ważne są jedynie o tyle, o ile zawarte będą przed dniem 1. stycznia 1909.

Izb lekarskich, jakoteż lekarzy pozostających w służbie państwowej i autonomicznej wygotował projekt nowej ustawy i jak najrychlej do dyskusyi i uchwały przedstawił Radzie państwa.

Odnośnie do punktu XI. porządku obrad uchwalono, by Izby lekarskie w porozumieniu z organizacyą państwową wydały pewne postanowienia, tyczące się bojkotowania posad lekarskich. Na wniosek Izby wiedeńskiej uchwalono powtórnie zaprotestować przeciw projektowanej ustawie o technikach dentystycznych i równocześnie zastrzedz się przeciw motywom, jakimi rząd uzasadnia swój projekt. Albowiem żadnej kategoryi zawodowej, choćby w najgorszych pozostawała stosunkach, nie wolno wspierać, lub ratować kosztem innego zawodu, jak również nie wolno udzielenia *veniam practicandi* nielekarzom usprawiedliwiać względami ekonomicznymi!

Referat Izby salcburskiej w sprawie umowy między lekarzami, a prywatnymi zakładami ubezpieczeń od wypadków, postanowiono poddać jeszcze dalszym naradom.

Na wniosek delegata Izby wschodnio-galicyjskiej uchwalono polecić komitetowi wykonawczemu, by poczynił jak najenergiczniejsze kroki, aby przy dalszych obradach nad projektem ustawy o epidemiach dopuszczono do współudziału Izby lekarskie.

W kwestyi wykonywania praktyki lekarskiej przez lekarzy rządowych i wojskowych, jakoteż stosunku ich do Izb lekarskich, nie postanowiono nic merytorycznego, albowiem dotyczące przepisy zawierać powinna nowa ordynacya lekarska. Natomiast uchwalono domagać się od rządu, by projekt ustawy (t. j. ordynacyi lekarskiej) jak najrychlej wzięto pod obrady. Na wniosek Izby wiedeńskiej uchwalono zwrócić się do rządu, by kres położył działaniu instytutu pod tytułem »Electro-Vitalizer«, który siedzibę ma w Wiedniu, a który w sposób szarlatański i oszukańczy wyzyskuje łatwowierność chorych, a równocześnie przynosi szkodę lekarzom.

Na zakończenie dokonano wyboru Izby zarządzającej, którą przez następny rok administracyjny będzie Izba wiedeńska; członkami komitetu wykonawczego wybrani zostali pp.: Festenburg (Lwów), Finger (Wiedeń), Liemann (Berno), List (Retz), Petřina (Praga) i Schlömicher (Grac).

Dr Schoengut.

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca sierpnia 1908 .	407,301	199,176
We wrześniu 1908	230	5,000
Razem .	407,531	204,176

Dr Żydłowicz, administrator.

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 27. IX. do 3. X. 1908 urodziło się dzieci żywo 52, nieżywo 2, zmarło osób 60 (w tem obcych 20), z nich z gruźlicy 14 (3), zapalenia płuc 8 (1), płonicy 5 (5), cholery niemowląt 2. *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 27. IX. do 3. X. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 9 (w tem obcych 6), krztuśca 4, płonicy 18 (9), odry 26, duru brzusznego 11 (9), cholery dzieci 2. *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 20. do 26. IX. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 3 (w tem obcych 2), płonicy 50 † 4 (4 † 1), duru brzusznego 6 † 1 (1). *Dr Legeżyński.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Prof. Dr Stanisław Ciechanowski, naczelny redaktor »Przegl. lek.« powrócił i objął swoje czynności.

— Cesarz zamianował prywatnego Docenta położnictwa i ginekologii w Uniwersytecie Jagiell., Dra Stanisława Dobrowolskiego, profesorem położnictwa w c. k. szkole położnych w Krakowie.

— Prof. W. Jaworski złożył przewodnictwo w »Wydawnictwie dzieł lekarskich polskich im. E. Korczyńskiego«. Prezesem Stowarzyszenia został wybrany Doc. Dr Erwin Międzowicz na rok bieżący.

— Klinika medyczna Uniw. Jagiell. przyjmuje na bieżący rok szkolny ograniczoną ilość lekarzy jako praktykantów rocznych na sale chorych i do pracowni klinicznych. Na krótszy zaś czas mogą być przyjęci lekarze jako wolontaryusze, zamierzający bądźto zapoznać się gruntowniej z pewnymi działami medycyny wewnętrznej, bądźto wykonywać prace naukowe. Bliższych wyjaśnień udziela Dyrektor kliniki w kancelaryi Zakładu przy ul. Kopernika l. 15.

Lwów. Minister oświaty zatwierdził uchwałę Wydziału lekarskiego w sprawie zamianowania Dra Władysława Szumowskiego docentem prywatnym historyi medycyny.

— Dnia 26. września b. r. odbyło się posiedzenie lekarzy okręgowych pod przewodnictwem Dra Nattera. Między innymi sprawami uchwalono ułożyć memoryał do komisyi sejmowej, przedstawiający następujące żądania w sprawie emerytury lekarzy okręgowych: Postanowienia ustawy mają się odnosić do wszystkich lekarzy okręgowych, którzy w dniu mianowania nie przekroczyli 55. roku życia (w ustawie 40 lat), roczna emerytura ma wynosić 1,500 K (w ustawie 1,000 K), a stosownie do tego mają być ustalone pensye wdowie i sieroce.

— W dniach 1. do 20. grudnia b. r. odbędą się kursa dla lekarzy, podczas których będą prowadzone praktyczne wykłady i zajęcia, obejmujące bakteryologię, farmakologię, patologię, choroby wewnętrzne, chirurgię, położnictwo i ginekologię, choroby skórne i weneryczne, choroby oczu, choroby nerwowe, choroby dzieci, choroby gardła i uszu, dentystykę. Wpisy przyjmuje kwestura uniwersytetu od 16. listopada do 1. grudnia.

Warszawa. II. Zjazd członków warszawskiego Towarzystwa higienicznego odbył się w Lublinie w dniach 26—28. września b. r.

Z różnych stron. Według ostatnich wykazów komisyi sanitarnej zachorowało dotychczas w państwie rosyjskiem na cholerę osób 8,678, zmarło 4,133.

Redakcya otrzymała: Przystojecka Sabourina: Racyonalne leczenie gruźlicy. (Tłómaczenie z francuskiego). — Cykowski: 1) Obrót zapobiegawczy. (Odbitka z »Gazety lek.«). 2) Przyczynek do nauki o włókniakach i włókniakomięśniakach pochwy. — Pick: Die Reform der Arbeiterkranken-Versicherung. — Grün: 1) Errichtung vor Lehrstühlen für sociale Medicin und Hygiene. 3) »Elektrotherapeutische« Apachen.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

L. 2.013/08. KONKURS.

Wydział Rady powiatowej w Kosowie rozpisuje niniejszem konkurs na dwie posady **lekarzy okręgowych**, mianowicie w Żabiu i Hryniawie pierwszy okręg obejmuje 5 gminy i tyleż obszarów dworskich, jakoto: Żabie, Jasienów górny i Krzyworównię o ilości 10.986 mieszkańców.

Drugi okręg obejmuje 11 gmin i tyleż obszarów dworskich, mianowicie: Hryniawa, Uścieżyki, Krasnoila, Hołowy, Stebna, Perechrestne, Dołhopole, Polanki, Fereskula, Jablonica i Berwinkowa w ilości 7.213 mieszkańców z siedzibą w Hryniawie.

Płacy lekarzy okręgowych w Żabiu i Hryniawie ustanowiono w rocznych kwotach po 1.200 Kor., zaś ryczałty na objazdy po 800 Kor.

Obowiązki lekarza okręgowego określa instrukcya wydana przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym we Lwowie, mianowicie § 14 rozp. wykonawczego dla ustawy z 2 lutego 1891 dz. ust. rozp. kraj. Nr. 82 oraz z dnia 12 czerwca 1897 Dz. ust. kraj. Nr. 36

Lekarz okręgowy ma obowiązek utrzymywania apteki domowej i spełniania czynności w ambolatoryum w razie utworzenia go w siedzibie tego okręgu.

Ubiegający się o jedną z tych posad, winien wnieść należycie udokumentowane i ostemplowane podanie do Wydziału Rady powiatowej w Kosowie, najpóźniej w dniu 25 października 1908, i wykazać że posiada następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego;

2) Dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

3) Dowody znajomości leczenia chorób skórnych i wenerycznych;

4) Nieskazitelny charakter;

5) Znajomość języków krajowych;

6) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim;

7) Nieprzekroczony wiek 40 lat; 412

8) Dostateczną fizyczną zdatność.

Podania nieudokumentowane, lub po terminie wniesione, nie będą uwzględnione.

Pierwszeństwo do otrzymania posady będą mieli kandydaci, którzy wykażą się dłuższą praktyką szpitalną na oddziale chorób skórnych i wenerycznych.

Posady te na razie zostaną nadane prowizorycznie poczem może nastąpić stabilizacya.

Kosów, dnia 17 września 1908. Prezes.